

Svaret fremgår af svar på alm. del, spørgsmål 1 (2007-08, 2. samling).

3.2. *Fald i brugen af tvang på grund af kognitiv terapi*

Tilsynet har spurgt ind til ministeren for sundhed og forebyggelses kommentarer til undersøgelsesresultaterne fra Sct. Hans Hospital, hvor der over en fireårig periode er påvist et signifikant fald i anvendelsen af tvang over for patienter med dobbeltdiagnoser efter ændringer af behandlingsmiljøet til kognitiv adfærds- og miljøterapi, jf. omtale af undersøgelse i Ugeskrift for Læger nr. 5. 28. januar 2008. Ministeren har svaret følgende:

»Jeg vil gerne indledningsvis understrege, at det er regeringens målsætning, at tvang i psykiatrien skal nedbringes mest muligt. Det glæder mig derfor også, når jeg læser om undersøgelser, der forsøger at afdække, hvordan tvangen kan nedbringes.

Undersøgelsen, der omtales i Ugeskrift for Læger, er en såkaldt beskrivende åben undersøgelse udført på fire specialafsnit på Sct. Hans Hospital, som modtager og behandler dobbeltdiagnosepatienter efter visitation.

Ifølge afdelingens hjemmeside besluttes det ved visitationen og eventuelt efter en forsamling, om patienterne findes egnede til det specifikke behandlingstilbud. Der er således tale om en udvalgt gruppe patienter, der på forhånd skønnes at ville kunne profitere af det specialiserede tilbud.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at tilbuddet derfor ikke uden videre kan generaliseres til andre afdelinger, medmindre der her foreligger ligeartede vilkår for visitation, målgruppe og behandling.

Det fremgår af artiklen, at tvang er hyppigere forekommende i behandlingen af dobbeltdiagnosepatienter end i relation til andre patientgrupper. I forbindelse med omlægning af behandlingsmiljøet besluttedes at overvåge bl.a. forekomsten af tvang i afdelingerne. Man konstaterer i artiklen, at der på de pågældende afdelinger er sket et fald i tvangsansværelsen i fireårsperioden. Det fremgår endvidere af artiklen, at omlægningen af behandlingsmiljøet kan have haft betydning for reduktionen i tvangen.

Sundhedsstyrelsen oplyser i den forbindelse, at det ikke er klart, om faldet i tvangsansværelsen specifikt kan tillægges metoden kognitiv miljøterapi eller andre faktorer såsom øget opmærksomhed over for personale og patienter samt øget monitorering, som iværksattes samtidig med metoden.

Sundhedsstyrelsen finder undersøgelsen interessant, fordi den har fokus på voldsforebyggelse og konflikthåndtering, og fordi der vises en effekt af en målrettet og systematisk indsats over for patienter med dobbeltdiagnoser. Det kan på baggrund af undersøgelsen imidlertid ikke vurderes, om det er en specifik metode, der har medvirket til faldet af tvangsansværelse. Som det også nævnes i artiklen, vil dette fordre yderligere undersøgelser.«

Svaret fremgår af svar på alm. del, spørgsmål 3 (2007-08, 2. samling)

3.3. *Interessekonflikt mellem børn og forældre*

Som nævnt ovenfor har tilsynet haft særligt fokus på forholdene for mindreårige på psykiatriske afdelinger. I den forbindelse har tilsynet spurgt ministeren for sundhed og forebyggelse om følgende: »Er der regler for og i givet fald hvilke for håndteringen af interessekonflikter mellem børn og forældre i forbindelse med en behandlingsindsats overfor det mindreårige barn?«

Ministerens svarede i den forbindelse:

»Jeg kan oplyse, at sundhedslovens § 17 regulerer mindreåriges medinddragelse i beslutninger om behandling.

En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have samme information om helbredstilstanden og behandlingsmulighederne som den unge og inddrages i dennes stillingtagen. Er der uenighed mellem den unge og forældremyndighedens indehaver, er det den unge, der er fyldt 15 år, som har kompetence til at bestemme.

Reglen er udtryk for en afbalancering mellem to modsatte hensyn: Den unges selvbestemmelsesret og forældrenes omsorgspligt over for den unge, der stadig er undergivet forældremyndighed.

En undtagelse hertil er, at såfremt en sundhedsperson efter en individuel vurdering skønner, at den unge over 15 år ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke, det vil sige, at beslutningskompetencen overgår til forældrene.

Det er den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, der har kompetencen og forpligtelsen til i den konkrete situation at vurdere, om den unge patient forstår konsekvenserne af sin stillingtagen.

For børn og unge under 15 år er det forældremyndighedens indehaver, der meddeler informeret samtykke på barnets vegne.

Det følger af sundhedslovens § 20, at barnet eller den unge skal inddrages mest muligt i drøftelserne af behandlingen, i det omfang den unge forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade den unge.«

Svaret fremgår af svar på alm. del, spørgsmål 6 (2007-08, 2. samling)

4. *Det lokale psykiatriske patientklagenævns årsberetninger*

4.1 *Opfølgning på årsberetninger fra de lokale psykiatriske patientklagenævns for 2006*

Det følger af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 39, stk. 1, at de lokale psykiatriske patientklagenævns hvert år skal offentliggøre en beretning om deres virksomhed. Det følger samtidig af forarbejderne til den seneste ændring af loven, at det forudsættes, at bl.a. § 71-tilsynet bliver gjort bekendt med årsberetningerne.

Det fremgår af tilsynets årsberetning fra Folketingsåret 2006-07, at »tilsynet vil, når samtlige årsberetninger fra de lokale psykiatriske patientklagenævns for året 2006 forelig-